

(fylls i av Hjs)

Avvikelsenr:.....

(fylls i av Hjs)

Hjingsnr:.....



## Avvikelseerrapport

**Endast för information. Om åtgärd önskas vänligen kontakta oss.**

Anmält av.....		Datum.....	
Ev. förskrivarnr.....			
E-mailadress.....		Tel.nummer.....	
Beskrivning av avvikelse:			
Skickas produkten i retur?			
JA	Nej	<b>Obs! Vid retur , sätt en kopia av denna blankett väl synlig på produkten.</b>	
Ordernummer.....		Individnummer.....	
Produktnummer.....			
<small>(fylls i av Hjs)</small> Orsak och åtgärd:			
Signatur svarat kund:		Datum:	

Ifylld blankett skickas till [avvikelser.hjsost.se@sodexo.com](mailto:avvikelser.hjsost.se@sodexo.com)  
eller till Sodexo Hjälpmedelsservice, Vimarkagatan 9, 582 54  
Linköping